

Le Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité (TDAH) au préscolaire : nature, évaluation et traitement
Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in preschoolers: Nature, assessment and treatment
El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en el preescolar: Naturaleza, evaluación y tratamiento
Transtorno Deficitário da Atenção com Hiperatividade (TDAH) na pré-escola: natureza, avaliação e tratamento

Nancy Leblanc

Volume 34, numéro 2, automne 2009

Santé mentale et justice

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/039132ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/039132ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Leblanc, N. (2009). Le Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité (TDAH) au préscolaire : nature, évaluation et traitement. *Santé mentale au Québec*, 34(2), 199–215. <https://doi.org/10.7202/039132ar>

Résumé de l'article

Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) représente le problème de comportement le plus fréquemment diagnostiqué chez les enfants d'âge scolaire. Bien que de plus en plus d'enfants d'âge préscolaire se retrouvent en consultation clinique pour des symptômes typiques du TDAH, peu d'études ont porté sur la nature, l'évaluation et le traitement du trouble à cet âge. Cette recension des écrits porte sur la nature, l'évaluation et le traitement du TDAH au préscolaire. Les principales thématiques passées en revue sont : la prévalence, la symptomatologie, l'étiologie, les comorbidités, les conséquences sur le développement normal et l'adaptation de l'enfant, l'évolution des symptômes du préscolaire au scolaire, les difficultés reliées au diagnostic, les modalités d'évaluation, le traitement psychosocial et le traitement pharmacologique.



Le Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité (TDAH) au préscolaire : nature, évaluation et traitement

Nancy Leblanc*

Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) représente le problème de comportement le plus fréquemment diagnostiqué chez les enfants d'âge scolaire. Bien que de plus en plus d'enfants d'âge préscolaire se retrouvent en consultation clinique pour des symptômes typiques du TDAH, peu d'études ont porté sur la nature, l'évaluation et le traitement du trouble à cet âge. Cette recension des écrits porte sur la nature, l'évaluation et le traitement du TDAH au préscolaire. Les principales thématiques passées en revue sont : la prévalence, la symptomatologie, l'étiologie, les comorbidités, les conséquences sur le développement normal et l'adaptation de l'enfant, l'évolution des symptômes du préscolaire au scolaire, les difficultés reliées au diagnostic, les modalités d'évaluation, le traitement psychosocial et le traitement pharmacologique.

Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) existe certainement depuis que le monde est monde. Au début du XIX^e siècle, le Dr Haslam, médecin personnel de Napoléon, écrivait que l'empereur avait été un enfant amoral, esclave de ses passions, rebuté par l'école, qui mettait sa famille à l'agonie et perturbait continuellement son environnement (Raymond, 2004).

Nous sommes bien loin de l'époque de Napoléon ! Cependant, le TDAH représente aujourd'hui le problème de comportement le plus fréquemment diagnostiqué chez les enfants d'âge scolaire. Bien que de plus en plus d'enfants d'âge préscolaire (3-5 ans) se retrouvent en consultation clinique pour des symptômes typiques du TDAH, peu d'études ont porté sur la nature, l'évaluation et le traitement du trouble à cet âge. Par ailleurs, les personnes devant faire face à cette problématique semblent peu informées de l'existence du TDAH au préscolaire ou l'ignorent tout simplement.

Dans la perspective d'informer davantage toute personne affectée directement ou indirectement par le TDAH et de répondre aux besoins

* Infirmière, Ph.D., professeure adjointe, Faculté des sciences infirmières, Université Laval, Québec, chercheure associée, Unité de recherche en pédiatrie, Centre de recherche du CHUL, CHUQ, Québec.

de développement des connaissances de la communauté scientifique, universitaire et clinique, cet article fait état d'une recension des écrits sur le TDAH au préscolaire. Les principales thématiques abordées sont : la prévalence, la symptomatologie, l'étiologie, les comorbidités, les conséquences sur le développement normal et l'adaptation de l'enfant, l'évolution des symptômes du préscolaire au scolaire, les difficultés reliées au diagnostic, les modalités d'évaluation, le traitement psychosocial et le traitement pharmacologique.

Nature du TDAH au préscolaire

Prévalence

Environ 2 % des enfants d'âge préscolaire seraient atteints du TDAH. Cependant, la prévalence du TDAH au préscolaire varie en fonction de la population ciblée. Dreyer (2006) a rapporté des taux de prévalence se situant entre 2 % et 9,5 % dans des échantillons populationnels (communautés et écoles préscolaires) ou cliniques (cliniques pédiatriques) d'enfants d'âge préscolaire (2-6 ans). Ces taux de prévalence s'élèvent jusqu'à 59,5 % (Keenan et Wakschlag, 2000, 39) et même, jusqu'à 86 % (Wilens et al., 2002b, S33) chez des enfants référés dans des cliniques psychiatriques. Gadow et al. (2001, 1386) ont confirmé cette différence de la prévalence entre les échantillons populationnels et cliniques, où des taux de prévalence plus élevés ont été observés auprès d'enfants (3-6 ans) provenant d'un échantillon clinique.

Par ailleurs, la prévalence du TDAH au préscolaire varie aussi en fonction des instruments utilisés pour son évaluation. Conner (2002, S2) a observé que la prévalence est plus élevée lorsque l'on privilégie l'utilisation d'échelles de mesure (généralement complétées par les parents) à l'utilisation des critères diagnostiques du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM; APA, 2000); ces derniers sont beaucoup plus spécifiques que les différentes échelles utilisées qui ne font qu'établir un degré de déviance du comportement problématique par rapport à la normale. Enfin, tout comme chez les enfants d'âge scolaire, le TDAH au préscolaire touche davantage les garçons que les filles, mais dans une proportion inférieure qui est en moyenne de 2:1 (Dreyer, 2006).

Or, la prévalence du TDAH durant la période préscolaire est très variable. L'évaluation clinique de celle-ci requiert alors la prise en compte de certains facteurs tels la population ciblée (échantillons populationnels vs cliniques), les instruments de mesure utilisés (échelles de mesure vs critères du DSM) et le sexe de l'enfant.

Symptomatologie

L'étude menée par Wilens et al. (2002a, 264) a démontré un patron comparable de symptômes typiques du TDAH (inattention, hyperactivité et impulsivité) chez 165 enfants âgés entre 4 et 6 ans et 381 enfants âgés entre 7 et 9 ans. Néanmoins, l'inattention est généralement très peu observée chez des enfants d'âge préscolaire issus d'un échantillon populationnel (Smidts et Oosterlaan, 2007). Ce symptôme peut donc s'avérer un indicateur de psychopathologie durant cet âge.

Par ailleurs, DeNisco et al. (2005) ont constaté lors d'évaluations cliniques que le jeune enfant atteint d'un TDAH touche à tout et ouvre les tiroirs des bureaux et la porte de la salle d'examen. Il a aussi tendance à être rapide, à n'avoir peur de rien et à présenter une histoire d'accidents au dessus de la moyenne des autres enfants de son âge. À la maison, les parents d'enfants d'âge préscolaire ayant un TDAH rapportent que : l'enfant est agité, grimpe fréquemment sur les meubles, adopte des comportements à risque, est persistant dans ses demandes, cherche constamment l'attention parentale, etc. En milieu de garde, il est agressif envers les autres dans plusieurs situations, dérange dans les jeux, a de la difficulté dans les relations avec les pairs, est bruyant, parle beaucoup, etc. (Barkley, 2006, 252). En retour, ces divers comportements mènent fréquemment à l'expulsion de l'enfant de son milieu de garde.

En résumé, les différentes manifestations relevées peuvent sembler à première vue « normales » pour un enfant d'âge préscolaire. Cependant, c'est à la fois la fréquence, la durée (stabilité) et l'intensité (sévérité) des comportements manifestés qui détermineront si cet enfant est à risque d'évoluer vers une chronicité de symptômes du TDAH. Pareillement, on caractérise comme « comportements anormaux » pour cet âge ceux qui surviennent dans plusieurs situations et avec des personnes autres que les parents, et qui interfèrent avec le fonctionnement normal de l'enfant (Faivre et al., 2005).

Étiologie

Bien que l'étiologie du TDAH soit identique à tous les âges, il importe tout de même de situer brièvement l'état des connaissances actuelles à cet égard. D'une part, les études sur les facteurs de risque associés au TDAH mettent en évidence le rôle important des facteurs génétiques et neurologiques. D'autre part, à la lumière de leurs recherches des dernières années, chercheurs et cliniciens arrivent maintenant à la conclusion que les facteurs de risque psychosociaux (conflits familiaux, difficultés dans le couple, attachement parent-enfant

problématique, interactions négatives avec les pairs, influence de la télévision sur le comportement de l'enfant, etc.) ne contribuent plus de façon significative à l'émergence du TDAH chez l'enfant (Barkley, 2006). Cependant, ces facteurs sont souvent à l'avant-plan de la présentation clinique des enfants hyperactifs et peuvent ainsi retarder les conclusions diagnostiques. Malgré cette constatation, l'accent est mis dans le présent article sur la contribution des facteurs génétiques et neurologiques.

Les facteurs génétiques constituent la principale cause reliée au TDAH. Les études de jumeaux révèlent que l'héritabilité du TDAH chez l'enfant varie de 60 % à 90 % et que divers gènes candidats sont impliqués (DAT1, DRD4, COMT, TH, 5-HTT, etc.) (Waldman et Gizer, 2006). Tenant compte que l'héritabilité du TDAH est inférieure à 100 %, ceci laisse la place à d'autres facteurs d'influence qui proviennent généralement de l'environnement unique de l'enfant dont les facteurs neurologiques.

Les études neuropsychologiques soulignent un déficit primaire de l'inhibition de la réponse chez les enfants ayant un TDAH (Nigg et al., 2002; Schachar et al., 2000). Les études neurologiques sur le TDAH révèlent pour leur part une augmentation des ondes lentes (activité thêta) dans le lobe frontal et une diminution des ondes rapides (activité bêta), ce qui gêne le fonctionnement normal du cerveau de l'enfant (Tannock, 1998). Des déficits neurochimiques qui impliquent deux neurotransmetteurs potentiels (dopamine et noradrénaline) ont également été identifiés chez les enfants atteints du TDAH (Barkley, 2006).

D'autres facteurs neurologiques (environnementaux) tels les facteurs de risque prénataux et périnataux jouent aussi un rôle significatif dans l'émergence du TDAH. Parmi les facteurs prénataux, les recherches indiquent une relation significative entre le tabagisme maternel prénatal, la consommation d'alcool durant la grossesse et le TDAH (Valera et Seidman, 2006, 101). La prématurité et le petit poids à la naissance font partie, quant à eux, des principaux facteurs périnataux qui contribuent au développement du TDAH (Bhutta et al., 2002). Dans la même veine, Harvey et al. (2007, 106) ont observé davantage de complications prénatales et périnatales (mauvaise santé physique et émotionnelle de la mère, etc.) chez des enfants avec hyperactivité ($n = 41$) que chez des enfants sans hyperactivité ($n = 40$). Par ailleurs, le tabagisme, la consommation d'alcool et la présence de maladies chez la mère pendant sa grossesse expliquent entre 6 % et 7,6 % de la variance dans les comportements inattentifs, hyperactifs et impulsifs d'enfants âgés entre 3 et 6 ans (Smidts et al., 2007).

Cet aperçu de l'étiologie du TDAH laisse entendre que malgré la priorité accordée aux facteurs génétiques dans l'explication du trouble, ceux-ci ne constituent pas l'unique cause. Les études rapportent que d'autres facteurs de risque tels des facteurs neurologiques spécifiques, provenant cette fois de l'environnement de l'enfant, ont aussi un rôle notable dans l'étiologie du TDAH.

Comorbidités

En clinique, il est plutôt rare de rencontrer des enfants qui sont uniquement atteints du TDAH, communément appelés « hyperactifs purs ». Le trouble oppositionnel avec provocation est placé en tête des principaux troubles associés au TDAH tout au long de la période préscolaire.

Les résultats d'une étude menée par Wilens et al. (2002a, 264) montrent que 25 % des enfants participants (4-6 ans) ont manifesté un TDAH seulement ; aucune comorbidité n'était donc présente chez ceux-ci. De plus, les auteurs de l'étude ont noté principalement une association du trouble oppositionnel avec provocation (62 %), de la dépression majeure (42 %), de l'anxiété multiple (28 %) et des troubles de la conduite (23 %) au TDAH. Les résultats de l'étude de Keenan et Wakschlag (2000) vont dans le même sens, dans des proportions moindres toutefois, indiquant que seulement 11,4 % des enfants ont été identifiés comme « hyperactifs purs ». La comorbidité avec le trouble oppositionnel a été observée dans 15,2 % des cas de TDAH et avec les troubles de la conduite dans 6,3 % des cas.

Ainsi, pour la majorité des enfants d'âge préscolaire atteints du TDAH, d'autres troubles viennent s'y associer, particulièrement le trouble oppositionnel avec provocation. La comorbidité avec ce trouble peut s'avérer un indicateur de sévérité plus marquée des symptômes du TDAH. Lors de l'évaluation clinique du TDAH chez l'enfant, il est important de reconnaître les troubles concomitants afin de mieux orienter les différentes modalités d'intervention.

Conséquences sur le développement normal et l'adaptation de l'enfant

Le TDAH au préscolaire affecte le développement normal et l'adaptation de l'enfant sur plusieurs plans : relations négatives entre parent-enfant (spécialement avec la mère), degrés extrêmes d'initiative/d'exploration, difficultés d'autocontrôle/d'autorégulation, atteintes cognitives (langage, attention et mémoire), interactions sociales pauvres, etc. (Teeter, 1998).

Moins de popularité auprès des camarades de classe, moins de collaboration et d'affirmation en classe, plus de comportements

dérangeants, plus de difficultés dans les amitiés, plus de blessures non intentionnelles et plus de difficultés académiques (mathématiques et lecture) ont été remarqués par des professeurs et des parents chez 126 enfants avec un TDAH (4-6 ans), comparativement à 126 enfants sans TDAH (Lahey et al., 1998). DuPaul et al. (2001, 511) ont rapporté également des déficits comportementaux, sociaux et académiques plus marqués chez un groupe d'enfants atteints du TDAH ($n = 58$) que chez un groupe contrôle d'enfants ($n = 36$). Les enfants participants, âgés entre 3 et 5 ans, ont été évalués par leurs parents et leurs professeurs sur la base de divers questionnaires standardisés. Des observations directes du comportement lors d'interactions parent-enfant et en classe ont aussi été réalisées.

En somme, les conséquences du TDAH au préscolaire ne se limitent pas qu'aux symptômes typiques du trouble (inattention, hyperactivité et impulsivité). Les études révèlent aussi des lacunes cognitives, comportementales, sociales et académiques, d'où l'importance d'en tenir compte lors de l'évaluation clinique.

Évolution des symptômes du préscolaire au scolaire

Considérant l'existence de symptômes significatifs du TDAH à l'âge préscolaire, il devient alors essentiel de s'interroger sur la persistance ou la stabilité temporelle de ceux-ci à un âge ultérieur.

Un groupe de chercheurs et cliniciens américains ont évalué la stabilité temporelle de divers diagnostics (dont le TDAH) auprès de 510 enfants âgés entre 2 et 5 ans. L'évaluation de la stabilité s'est effectuée à deux reprises : 1) 1 à 3 ans (T1) après l'évaluation initiale ($n = 391$) et 2) 12 à 28 mois (T2) après cette dernière évaluation ($n = 344$). Environ 50 % des 2-3 ans et 67 % des 4-5 ans ayant reçu un diagnostic de TDAH ou autre l'ont maintenu à la première (T1) ou à la deuxième (T2) évaluation (Lavigne et al., 1998). Une autre étude corrobore ces résultats en démontrant que près de 80 % des enfants d'âge préscolaire (4-6 ans) qui ont un diagnostic de TDAH, selon les évaluations de multiples informateurs, ont continué à manifester les mêmes symptômes sur une période de trois ans (Lahey et al., 2004). Plus récemment, von Stauffenberg et Campbell (2007) ont observé une stabilité temporelle modérée des symptômes typiques du TDAH auprès d'un échantillon populationnel de 776 enfants, évalués de 54 mois à la troisième année du primaire.

De ce fait, ces quelques études dénotent que les symptômes typiques du TDAH décelés à l'âge préscolaire persistent à l'âge scolaire chez un nombre considérable d'enfants. Il importe donc de briser la

croissance voulant que ces symptômes soient le reflet d'une période du développement de l'enfant marquée par plusieurs changements, notamment sur le plan du comportement, et que ceux-ci disparaissent avec l'âge.

Évaluation du TDAH au préscolaire

Difficultés reliées au diagnostic

Très peu d'enfants d'âge préscolaire sont cliniquement diagnostiqués « hyperactifs ». Les principales difficultés reliées au diagnostic de TDAH au préscolaire s'expliquent surtout par : 1) la complexité à distinguer entre un comportement normal et anormal, 2) la variabilité des comportements du jeune enfant d'un contexte à l'autre (maison vs milieu de garde), 3) l'association fréquente des comportements typiques du TDAH avec d'autres troubles du comportement (comorbidités), 4) le recours à des instruments de mesure non validés durant cette période d'âge et 5) l'utilisation des critères diagnostiques du DSM dont la validité demeure questionnable chez des jeunes enfants. À ce sujet, Sterba et al. (2007, 1011) ont conclu qu'il est valide d'utiliser les critères du DSM-IV auprès d'enfants âgés entre 2 et 5 ans. D'autres recherches sont toutefois nécessaires afin de déterminer avec certitude qu'il est adéquat d'appliquer les mêmes critères diagnostiques au préscolaire qu'au scolaire.

Modalités d'évaluation

L'évaluation d'un enfant d'âge préscolaire pour un TDAH repose sur les mêmes principes que celle d'un enfant d'âge scolaire. Elle doit ainsi faire appel à plusieurs sources d'information dont les parents, l'éducateur en milieu de garde, toute autre personne qui passe beaucoup de temps avec l'enfant et si possible, l'enfant lui-même. Étant donné la variabilité des comportements du jeune enfant d'une personne à l'autre, l'évaluation doit également considérer différents contextes (maison, milieu de garde, loisirs, etc.). De plus, diverses méthodes d'évaluation (discutées plus loin dans le présent article) doivent être utilisées dans le but d'obtenir un meilleur portrait de la situation présentée. Enfin, l'évaluation doit se faire en interdisciplinarité de manière à tenir compte de la vision de chaque professionnel impliqué pour mieux préciser la situation. L'évaluation multimodale est donc à privilégier durant la période préscolaire.

Parmi les principales méthodes d'évaluation du TDAH au préscolaire, on retrouve les échelles de mesure du comportement de l'enfant. Celles-ci sont généralement complétées par les parents et/ou

l'éducateur en milieu de garde. Elles sont peu coûteuses, faciles à compléter et permettent de comparer un comportement normal à un comportement problématique (par sa fréquence). Par contre, très peu d'échelles comportementales standardisées pour les enfants d'âge préscolaire sont actuellement disponibles en français sur le marché. On retient principalement le *Child Behavior Checklist 1.5-5* (CBCL 1.5-5 ; Achenbach et Rescorla, 2000), le *Preschool Behavior Questionnaire* (PBQ ; Behar, 1977) et le *Conners' Parent and Teacher Rating Scale* (CPRS et CTRS ; Conners, 1997). De plus, aucune des échelles indiquées n'a été validée après traduction en langue française. La majorité des professionnels de la santé au Québec font ainsi usage d'échelles de mesure parfois non adaptées aux 3-5 ans et/ou dont les qualités métrologiques (fidélité, validité, etc.) n'ont pas encore été démontrées pour les versions françaises correspondantes. Pour pallier cette lacune, nous menons actuellement une étude visant à valider la version canadienne-française du CBCL 1.5-5 auprès d'enfants québécois. Dans l'attente des résultats de cette étude, le recours à d'autres méthodes d'évaluation devient alors indispensable.

Les entrevues diagnostiques (structurées) font partie d'autres méthodes d'évaluation du TDAH au préscolaire. Celles-ci sont généralement menées auprès des parents par des professionnels expérimentés (surtout des médecins spécialistes). Elles nécessitent un temps de passation assez long et reposent sur les critères diagnostiques du DSM. À l'inverse des échelles de mesure, les entrevues ne permettent pas de comparer entre ce qui est normal et anormal sur le plan du développement comportemental. La principale entrevue diagnostique répertoriée dans le domaine de la recherche auprès des enfants de 3-5 ans est le *Diagnostic Interview for Children and Adolescents* (DICA ; Herjanic et Reich, 1982 ; Smith et Corkum, 2007).

L'observation directe du comportement représente aussi une méthode possible d'évaluation du TDAH au préscolaire. Son usage est davantage réservé pour la recherche que pour la clinique (Smith et al., 2007). Cette méthode est plus objective que les échelles de mesure du comportement et les entrevues. Elle requiert pourtant plusieurs ressources humaines, matérielles et financières, donc elle est non adéquate pour des recherches menées auprès de grands échantillons d'enfants. De plus, il est difficile de déterminer si la mesure d'observation retenue cible vraiment les comportements d'intérêt (comportements typiques du TDAH). L'observation peut se faire en laboratoire ou en clinique lors d'administration de tâches spécifiques à l'enfant, d'une période de jeu libre, etc. La maison et le milieu de garde constituent aussi des lieux

d'observation, par exemple, d'interactions entre l'enfant et les autres personnes de son entourage. Bref, retenons que l'observation directe du comportement est complexe, mais qu'elle s'avère complémentaire aux autres méthodes soulevées et qu'elle apporte l'objectivité dans l'évaluation du jeune l'enfant.

Parallèlement, l'évaluation du TDAH au préscolaire repose sur une anamnèse méticuleuse (antécédents anténataux, histoire du comportement et du développement, affections médicales, antécédents familiaux, milieu familial, relations avec les pairs, etc.) et un examen physique complet (paramètres de croissance, signes vitaux, examen neurologique, de l'état mental, de la vue, de l'ouïe, etc.). D'autres analyses ou examens de laboratoire (thyroïde, hémoglobine, plomb, etc.) peuvent s'ajouter au besoin. Ces différentes composantes de l'évaluation facilitent l'identification de facteurs de risque chez l'enfant, de causes médicales possibles, d'autres problèmes comportementaux ou d'anomalies ressemblant au TDAH mais qui ne sont pas des signes de TDAH. Par ailleurs, la passation de tests neuropsychologiques spécifiques peut aussi être exigée pour certains enfants, afin d'évaluer directement l'inattention, l'hyperactivité et l'impulsivité.

Le sommaire de l'évaluation du TDAH au préscolaire expose pour diverses raisons, la difficulté à établir un diagnostic durant cette période d'âge. Bien que diverses modalités d'évaluation s'offrent, certaines semblent non adaptées aux enfants âgés entre 3 et 5 ans ou compliquées à réaliser. De plus, contrairement aux échelles de mesure du comportement, très peu d'entrevues diagnostiques ou de mesures d'observation sont destinées spécialement à ce groupe d'âge.

Traitement du TDAH au préscolaire

Le traitement du TDAH chez les enfants d'âge préscolaire constitue une avenue très peu explorée jusqu'à présent sur le plan scientifique. Ainsi, cet article ne peut que soulever les grandes lignes des connaissances actuelles en regard du traitement du TDAH auprès de cette jeune clientèle.

Traitement psychosocial

Le traitement psychosocial représente le traitement de premier choix offert aux enfants atteints du TDAH ou à risque durant la période préscolaire (Gleason et al., 2007). Le mieux connu des traitements, validé empiriquement, est le *Community Parent Education (COPE) Program* (Cunningham et al., 1995). Ce programme communautaire a été conçu en Ontario pour intervenir spécifiquement auprès de grands

groupes de parents d'enfants d'âge préscolaire manifestant divers troubles du comportement (dont le TDAH). L'approche par résolution de problèmes est enseignée aux parents dans le programme COPE qui s'échelonne sur environ 12 semaines (1 session/semaine d'approximativement 2 heures). Les parents sont encouragés à formuler leurs propres solutions face à des erreurs de gestion des comportements de l'enfant, à partir de présentations vidéo. Ce type d'entraînement parental actif favorise ainsi des discussions sur les conséquences des erreurs présentées et les différentes solutions envisagées. Le programme COPE s'inspire du programme d'entraînement parental bien connu du renommé Dr Barkley initialement élaboré en 1987 (Barkley, 2006).

Les effets du programme COPE ont été évalués dans le cadre du *Preschool ADHD Treatment Study*, une étude d'envergure menée aux États-Unis depuis 2001 (PATS; Kollins et al., 2006). Au total, 303 enfants atteints d'un TDAH (3-5,5 ans) ont participé à cette étude s'échelonnant sur une période de 70 semaines (8 phases). De l'échantillon initial, 261 parents d'enfants ciblés pour l'étude ont complété le programme COPE (phase 2 de l'étude; 10 semaines). Les résultats montrent que 6,9 % des parents ont été satisfaits de l'amélioration des comportements problématiques de leurs enfants suite au programme. De plus, une amélioration significative des symptômes typiques du TDAH a été observée chez 7,3 % des enfants (Greenhill et al., 2006). Il est à noter que 13 % des parents ont cessé l'étude après l'entraînement parental, refusant de poursuivre le protocole relatif au traitement pharmacologique (phases 5 et 6 de l'étude; 9 semaines).

Plus récemment, Kern et al. (2007, 237) ont aussi évalué les effets du programme COPE, entre autres sur les comportements d'enfants à risque d'un TDAH ou ayant ce diagnostic. Le programme COPE était cependant intégré dans une intervention à plusieurs composantes et comparé à un simple programme d'éducation parentale. Les 135 enfants participants étaient âgés entre 3 et 5 ans et ont été recrutés, aux États-Unis, en milieux cliniques (cliniques pédiatriques) et communautaires (écoles préscolaires et milieux de garde). Ils ont été répartis aléatoirement au programme COPE ($n = 71$) ou au programme d'éducation parentale ($n = 64$). Les résultats convergent avec ceux observés dans l'étude de Greenhill et al. (2006), où une amélioration significative des habiletés comportementales tels que mesurées par des échelles standardisées, a été observée à la maison et à l'école préscolaire après un an d'intervention. De plus, les résultats indiquent que les effets des deux programmes sont équivalents sur le plan de la réduction des comportements problématiques des enfants.

Ces résultats initiaux révèlent que le traitement psychosocial (entraînement parental) semble efficace dans la diminution des symptômes chez certains enfants d'âge préscolaire souffrant d'un TDAH ou à risque d'un tel diagnostic. D'autres études empiriques sont toutefois nécessaires pour appuyer ces résultats et ainsi nous permettre de conclure avec certitude de l'efficacité de ce type de traitement. Malgré tout, ces résultats s'avèrent encourageants comme traitement de premier choix, notamment pour toute personne réticente ou ambivalente en regard du traitement pharmacologique chez les tout-petits.

Traitement pharmacologique

Le traitement pharmacologique représente le traitement de second choix, lorsqu'il y a persistance des symptômes typiques du TDAH chez l'enfant, suite au traitement psychosocial (Gleason et al., 2007). Le traitement pharmacologique continue de questionner les cliniciens et les chercheurs, particulièrement sur le plan éthique (Spetie et Arnold, 2007, 15). En effet, l'utilisation de certains psychostimulants (par exemple, le Ritalin) n'est pas encore approuvée par Santé Canada, chez les moins de six ans, car très peu d'études à ce jour ont examiné l'efficacité et la sécurité de ces substances chimiques chez ces enfants. Au sujet de la sécurité, les principales préoccupations reposent sur les effets de la médication sur le développement cérébral qui est en plein processus de maturation chez le jeune enfant et les effets secondaires de la médication (à court et à long terme).

Les études préliminaires (PATS) ayant traité de l'efficacité et de la sécurité de la médication durant la période préscolaire font ressortir les résultats suivants à court terme (après 10 semaines de traitement) : 1) de faibles dosages de Ritalin ont mené à une réduction significative des symptômes typiques du TDAH après les 70 semaines de traitement (Greenhill et al., 2006), 2) 11 % des enfants ont cessé le traitement pharmacologique en raison d'effets secondaires intolérables (Wigal et al., 2006) et 3) sur le plan de la croissance physique des enfants, une diminution de la taille (d'environ 20 %) et du poids (d'environ 55 %) a été observée un an après le traitement (Swanson et al., 2006). Ces quelques résultats appuient l'efficacité du traitement aux psychostimulants chez les enfants d'âge préscolaire atteints d'un TDAH. Quant à la sécurité, il semble que plus d'enfants d'âge préscolaire que d'âge scolaire ont manifesté des effets secondaires intolérables. Toutefois, des recherches futures sont nécessaires afin de mieux documenter les notions d'efficacité et de sécurité de la médication auprès des jeunes enfants.

Par ailleurs, de nombreux parents se questionnent également par rapport au choix du traitement pharmacologique pour leurs enfants. Les principales raisons évoquées sont la culpabilité ainsi que la peur des effets secondaires et de la stigmatisation. Une bonne connaissance de ce type de traitement, avec ses avantages et inconvénients (ratio bénéfices/risques), est requise de la part des professionnels de la santé pour mieux orienter les parents d'enfants atteints du TDAH dans leurs choix.

Conclusion

La prévalence du TDAH au préscolaire varie en fonction du milieu et de la population ciblés ainsi que du sexe de l'enfant. Alors que les déficits attentionnels sont peu fréquents chez les 3-5 ans, l'hyperactivité et l'impulsivité sont prédominantes. Les connaissances actuelles révèlent que les facteurs psychosociaux ne jouent plus un rôle déterminant dans l'étiologie de ce trouble. Ils méritent toutefois une attention particulière lors de l'évaluation clinique. Les recherches futures sur les facteurs de risque génétiques et neurologiques permettront de mieux cerner les divers gènes et neurotransmetteurs impliqués dans l'étiologie du TDAH. Chez les enfants d'âge préscolaire atteints de cette problématique, il est très fréquent de rencontrer également un trouble oppositionnel avec provocation. Ainsi, il est essentiel d'évaluer la présence de comorbidités chez ces enfants, afin de déterminer le meilleur plan de traitement. Il est également important de mener d'autres recherches sur la nature du TDAH au préscolaire, considérant que les enfants atteints ne souffrent pas uniquement sur le plan des symptômes typiques du trouble, mais aussi sur le plan familial, cognitif, social et académique. De plus, la persistance des symptômes du TDAH à un âge ultérieur signale la pertinence d'initier des interventions précoces destinées pour les jeunes enfants atteints.

Par ailleurs, l'évaluation du TDAH au préscolaire pose encore quelques problèmes. Cependant, une évaluation impliquant plusieurs sources d'information, différents contextes et méthodes d'évaluation (validées empiriquement) est à privilégier. Suite à cette évaluation multimodale et à la convenance des parents, l'approche psychosociale s'offrira comme premier choix de traitement. Le traitement pharmacologique suivra au besoin. En guise de conclusion, retenons l'importance de mieux s'informer sur la nature du TDAH chez les jeunes enfants pour mieux intervenir donc prévenir !

Références

- ACHENBACH, T. M., RESCORLA, L. A., 2000, *Manual for the ASEBA Preschool Forms and Profiles*, University of Vermont, Research Center for Children, Youth and Families, Burlington.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, fourth edition, text revision, American Psychiatric Association, Washington.
- BARKLEY, R. A., 2006, *Attention-deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*, The Guilford Press, New York.
- BEHAR, L. B., 1977, The preschool behavior questionnaire, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 5, 3, 265-275.
- BHUTTA, A. T., CLEVES, M. A., CASEY, P. H., 2002, Cognitive and behavioral outcomes of school-aged children who were born preterm: A meta-analysis, *Journal of the American Medical Association*, 228, 6, 728-737.
- CONNERS, C. K., 1997, *Conners' Parent and Teacher Rating Scale*, Harcourt Assessment, Australia.
- CONNOR, D. F., 2002, Preschool attention deficit hyperactivity disorder: A review of prevalence, diagnosis, neurobiology, and stimulant treatment, *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 23, 1S, S1-S9.
- CUNNINGHAM, C. E., BREMNER, R., BOYLE, M., 1995, Large group community-based parenting programs for families of preschoolers at risk for disruptive behaviour disorders: Utilization, cost effectiveness and outcome, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 7, 1141-1159.
- DENISCO, S., TIAGO, C., KRAVITZ, C., 2005, Evaluation and treatment of pediatric ADHD, *The Nurse Practitioner*, 30, 8, 14-23.
- DREYER, B. P., 2006, The diagnosis and management of attention-deficit/hyperactivity disorder in preschool children: The state of our knowledge and practice, *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 36, 1, 6-30.
- DUPAUL, G. J., MCGOEY, K. E., ECKERT, T. L., 2001, Preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Impairments in behavioral, social, and school functioning, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 5, 508-515.
- FAIVRE, F. L., ROSSIGNOL, A. S., SERPA, S. R., KNAUER, D., ESPASA, F. P., ROBERT-TOSSOT, C., 2005, Troubles du comportement entre 18 et 36 mois: Symptomatologie et psychopathologie associées, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 53, 4, 176-185.

- GADOW, K. D., SPRAFKIN, J., NOLAN, E. E., 2001, DSM-IV symptoms in community and clinic preschool children, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 12, 1383-1392.
- GLEASON, M. M., EGGER, H. L., EMSLIE, G. J., GREENHILL, L. L., KOWATCH, R. A., LIEBERMAN, A. F., LUBY, J. L., OWENS, J., SCAHILL, L. D., SCHEERINGA, M. S., STAFFORD, B., WISE, B., ZEANA, C. H., 2007, Psychopharmacological treatment for very young children : Contexts and guidelines, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 12, 1532-1572.
- GREENHILL, L., KOLLINS, S., ABIKOFF, H., MCCracken, J., RIDDLE, M., SWANSON, J., MCGOUGH, J., WIGAL, S., WIGAL, T., VITIELLO, B., SKROBALA, A., POSNER, K., GHUMAN, J., CUNNINGHAM, C., DAVIES, M., CHUANG, S., COOPER, T., 2006, Efficacy and safety of immediate-release methylphenidate treatment for preschoolers with ADHD, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 11, 1248-1293.
- HARVEY, E. A., FRIEDMAN-WEIENETH, J. L., GOLDSTEIN, L. H., 2007, Examining subtype of behavior problems among 3-year-old children, Part I: Investigating validity of subtypes and biological risk-factors, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 97, 97-110.
- HERJANIC, B., REICH, W., 1982, Development of a structured psychiatric interview for children : Agreement between child and parent on individual symptoms, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 10, 3, 307-324.
- KEENAN, K., WAKSCHLAG, L. S., 2000, More than the terrible twos : The nature and severity of behavior problems in clinic-referred preschool children, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 1, 33-46.
- KERN, L., DUPAUL, G. J., VOLPE, R. J., SOKOL, N.G., LUTZ, J. G., ARBOLINO, L. A., PIPAN, M., VANBRAKLE, J. D., 2007, Multisetting assessment-based intervention for young children at risk for attention deficit hyperactivity disorder : Initial effects on academic and behavioral functioning, *School Psychology Review*, 36, 2, 237-255.
- KOLLINS, S., GREENHILL, L., SWANSON, J., WIGAL, S., ABIKOFF, H., MCCracken, J., RIDDLE, M., MCGOUGH, J., VITIELLO, B., WIGAL, T., SKROBALA, A., POSNER, K., GHUMAN, J., DAVIES, M., CUNNINGHAM, C., BAUZO, A., 2006, Rationale, design, and methods of the preschool ADHD treatment study (PATS), *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 11, 1275-1283.
- LAHEY, B. B., PELHAM, W. E., LONEY, J., 2004, Three-year predictive validity of DSM-IV attention deficit hyperactivity disorder in children diagnosed at 4-6 years of age, *American Journal of Psychiatry*, 161, 11, 2014-2020.

- LAHEY, B. B., PELHAM, W. E., STEIN, M. A., 1998, Validity of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder for younger children, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 7, 695-702.
- LAVIGNE, J. V., AREND, R., ROSENBAUM, D., 1998, Psychiatric disorders with onset in the preschool years: I. Stability of diagnoses, *Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 12, 1246-1254.
- NIGG, J. T., BLASKEY, L. G., HUANG-POLLOCK, C. L., 2002, Neuropsychological executive functions and DSM-IV ADHD subtypes, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 1, 59-66.
- RAYMOND, F., 2004, D'où vient ce syndrome ? Est-ce nouveau ? in Raymond, F., Duclos, G., Béliveau, M.-C., eds., *Le déficit de l'attention et l'hyperactivité en 32 questions*, Éditions Enfants Québec, Saint-Lambert, 8.
- SCHACHAR, R., MOTA, V. L., LOGAN, G. D., 2000, Confirmation of an inhibitory control deficit in attention-deficit/hyperactivity disorder, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 3, 227-235.
- SMIDTS, D. P., OOSTERLAAN, J., 2007, How common are symptoms of ADHD in typically developing preschoolers ? A study on prevalence rates and prenatal/demographic risk factors, *Cortex*, 43, 6, 710-717.
- SMITH, K. G., CORKUM, P., 2007, Systematic review of measures used to diagnose attention-deficit/hyperactivity disorder in research on preschool children, *Topics in Early Childhood Special Education*, 27, 3, 164-173.
- SPETIE, L., ARNOLD, L. E., 2007, Ethical issues in child psychopharmacology research and practice: Emphasis on preschoolers, *Psychopharmacology*, 191, 1, 15-26.
- STERBA, S., EGGER, H. L., ANGOLD, A., 2007, Diagnostic specificity and nonspecificity in the dimensions of preschool psychopathology, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 10, 1005-1013.
- SWANSON, J., GREENHILL, L., WIGAL, T., KOLLINS, S., STEHLI, A., DAVIES, M., CHUANG, S., VITIELLO, B., SKROBALA, A., POSNER, K., ABIKOFF, H., OATIS, M., MCCracken, J., MCCOUGH, J., RIDDLE, M., GHUMAN, J., CUNNINGHAM, C., WIGAL, S., 2006, Stimulant-related reductions of growth rates in the pats, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 11, 1304-1313.
- TANNOCK, R., 1998, Attention deficit hyperactivity disorder: Advances in cognitive, neurobiological, and genetic research, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 1, 65-100.
- TEETER, P. A., 1998, Developmental challenges of the toddler/preschool stages: The impact of ADHD on normal development, ed., *Interventions for*

- ADHD: Treatment in Developmental Context*, The Guilford Press, New York, 55-83.
- VALERA, E. M., SEIDMAN, L. J., 2006, Neurobiology of attention-deficit/hyperactivity disorder in preschoolers, *Infants and Young Children*, 19, 2, 94-108.
- VON STAUFFENBERG, C., CAMPBELL, S. B., 2007, Predicting the early developmental course of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder, *Journal of Applied Developmental Psychology*, 28, 5-6, 536-552.
- WALDMAN, I. D., GIZER, I. R., 2006, The genetics of attention deficit hyperactivity disorder, *Clinical Psychology Review*, 26, 1, 396-432.
- WIGAL, T., GREENHILL, L., CHUANG, S., MCCOUGH, J., VITIELLO, B., SKROBALA, A., SWANSON, J., WIGAL, S., ABIKOFF, H., KOLLINS, S., MCCracken, J., RIDDLE, M., POSNER, K., GHUMAN, J., DAVIES, M., THORP, B., STEHLI, A., 2006, Safety and tolerability of methylphenidate in preschool children with ADHD, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 11, 1294-1303.
- WILENS, T. E., BIEDERMAN, J., BROWN, S., 2002a, Psychiatric comorbidity and functioning in clinically referred preschool children and school-age youths with ADHD, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 3, 262-268.
- WILENS, T. E., BIEDERMAN, J., BROWN, S., 2002b, Patterns of psychopathology and dysfunction in clinically referred preschoolers, *Journal of Developmental and Behavioral Paediatrics*, 23, 0S, S31-S36.

ABSTRACT

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in preschoolers: Nature, assessment and treatment

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is the most frequently diagnosed behaviour problem in school-age children. Although more and more preschool-age children are referred in clinical settings for typical ADHD symptoms, few studies have examined the nature, the assessment as well as the treatment of ADHD in this age group. This literature review addresses the nature, the assessment, and the treatment of ADHD during the preschool period. The main themes reviewed are: prevalence, symptomatology, etiology, comorbidity, consequences on normal development and adaptation of the child, evolution of symptoms from preschool to school period, difficulties related to diagnosis, assessment modalities, psychosocial treatment, and pharmacological treatment.

RESUMEN

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en el preescolar: Naturaleza, evaluación y tratamiento

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) representa el problema de comportamiento más frecuentemente diagnosticado en los niños de edad escolar. Aunque cada vez más niños en edad preescolar se encuentran en consulta clínica por síntomas típicos del TDAH, pocos estudios han tratado la naturaleza, evaluación y tratamiento del trastorno a esta edad. Esta reseña de textos trata sobre la naturaleza, la evaluación y tratamiento del TDAH en el preescolar. Los principales temas revisados son: la prevalencia, la sintomatología, la etiología, las comorbilidades, las consecuencias en el desarrollo normal y la adaptación del niño, la evolución de los síntomas del preescolar al escolar, las dificultades relacionadas con el diagnóstico, las modalidades de evaluación, el tratamiento psicosocial y el tratamiento farmacológico.

RESUMO

Transtorno Deficitário da Atenção com Hiperatividade (TDAH) na pré-escola: natureza, avaliação e tratamento

O Transtorno Deficitário da Atenção com Hiperatividade (TDAH) representa o problema de comportamento mais frequentemente diagnosticado nas crianças de idade escolar. Apesar de cada vez mais crianças de idade pré-escolar passarem por uma consulta clínica por causa de sintomas típicos do TDAH, poucos estudos foram realizados sobre a natureza, a avaliação e o tratamento do transtorno nesta idade. Esta revista da literatura trata da natureza, da avaliação e do tratamento do TDAH na pré-escola. As principais temáticas analisadas são: a prevalência, a sintomatologia, a etiologia, as comorbidades, as consequências sobre o desenvolvimento normal e a adaptação da criança, a evolução dos sintomas do pré-escolar ao nível escolar, as dificuldades relacionadas com o diagnóstico, as modalidades de avaliação, o tratamento psicossocial e o tratamento farmacológico.